

(HPV 31, 33, 35, 51, 52, 58) i wysokim potencjale onkogennym (HPV 16, 18, 46, 56). Wirusy HPV obdarzone wysokim potencjałem onkogennym znajdowane są głównie w komórkach raka szyjki macicy. Wiele danych zarówno eksperymentalnych jak i klinicznych wskazuje na ścisły związek pomiędzy infekcją HPV a rozwojem raka szyjki macicy. Infekcja wirusowa może wyprzedzać w czasie rozwój nowotworu. Jak długi będzie to okres, jest to uzależnione od szeregu czynników. Na pewno ma na to wpływ typ wirusa, czas trwania infekcji, obecność dodatkowych koinfekcji, ewentualne zaburzenia gospodarki hormonalnej, mutacje w genomie. W procesie tym ważną rolę odgrywają także czynniki egzogenne oddziałujące ze środowiska, palenie tytoniu, wiek nosiciela czy jego kondycja immunologiczna. Powstawanie nowotworu jest procesem wieloetapowym i wieloczynnikowym. Punktem wyjścia całości zmian są mutacje w genach kontrolujących podziały komórkowe i ich różnicowanie. Do powstania raka nie wystarcza pojedyncza mutacja punktowa. Działanie onkogenne kilku karcynogenów kumuluje się w czasie powodując upośledzenie prawidłowego funkcjonowania od 3 do 5 genów.

13.

RADIOCHEMIOTERAPIA RAKA SZYJKI MACICY

Roszak A.

Wielkopolskie Centrum Onkologii - Oddział Radioterapii i Onkologii Ginekologicznej

Równoczesne stosowanie radioterapii i chemioterapii ma swoje miejsce jako metoda leczenia w przypadku wielu nowotworów nabłonkowych. Metoda ta wykorzystuje niezależne mechanizmy uszkodzenia komórek nowotworowych przez promieniowanie jonizujące i cytostatyki oraz ich bezpośrednie współdziałanie. Nadal sprawą otwartą jest wpływ dodanej chemioterapii na przebieg i tolerancję leczenia. Celem pracy jest analiza prowadzonej równocześnie radioterapii radykalnej i chemioterapii u chorych z zaawansowanym rakiem szyjki macicy oraz ocena tolerancji leczenia.

Materiał i metodyka: Badaniem objęto 130 chorych z płaskonabłonkowym rakiem szyjki macicy w stopniu III B w latach 1999-2002. Leczenie polegało na skojarzeniu radykalnej radioterapii z podawaniem 1 raz w tygodniu cisplatyny (40mg/m²). Teleterapię (9,15 MeV) prowadzono techniką box. Średnie dawki na przymacicza wynosiły 49,7 Gy. Średnie dawki z brachyterapii LDR (2 frakcje) wyniosły w punktach: A – 48,0 Gy. Fizyczne dawki sumaryczne na guz szyjki - 80,7 Gy, na przymacicza 62,6 Gy. Średni czas trwania teleterapii u leczonych chorych wynosił 40 dni, całkowity czas leczenia 53,7 dni. Krzywą przeżycia wyznaczono metodą Kaplana Maiera, obliczono przeżycia całkowite i bezobjawowe. Analizę tolerancji hematologicznej oparto o skalę WHO, w ocenie odczynów popromiennych posłużono się skalą EORTC/ RTOG.

Wyniki: Przedstawiono krzywą przeżycia dla 130 chorych leczonych radiochemioterapią. W okresie obserwacji przeżyło 105 chorych (80,8%) bez objawów raka 99 (76,2%). Najczęstszą przyczyną niepowodzeń było niewyleczenie lub wznowa miejscowa. Nie stwierdzono istotnego wydłużenia czasu trwania teleterapii w stosunku do wynikającego z założeń leczenia. Niedokrwistość stwierdzono u 47 (27,7%) chorych w stopniu 1 i 2, leukopenię u 89 (68,5%) chorych, w 3 stopniu toksyczności u 9 (7,0%) chorych, granulocytopenię miało 36 (27,7%) chorych, w tym w stopniu trzecim 3 (2,3%) chore. Wczesne odczyny popromienne wystąpiły tylko w 1 i 2 stopniu nasilenia u podobnego odsetka chorych - w odbytncy u 27,7% chorych, w pęcherzu moczowym u 26,1%.

Wnioski: Wstępne wyniki leczenia wskazują na pozytywne rezultaty radiochemioterapii raku szyjki macicy w III B stopniu klinicznego zaawansowania. Toksyczność hematologiczna wystąpiła w znacznej części chorych jednak nie wpłynęła ona w istotny sposób na przebieg radioterapii. Nie stwierdzono ciężkich (w 3 i 4 stopniu) wczesnych odczynów popromiennych.